

Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da

Results of laparoscopic surgery in the treatment of main bile duct stones using cholangioscopy and percutaneous - choledocho channel

Lê Văn Lợi*, Triệu Triều Dương*, Lê Nguyễn Khôi**

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

**Bệnh viện Trung Vương

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, không đối chứng 84 bệnh nhân sỏi đường mật chính được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. **Kết quả:** 41,8% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, trong đó 33,4% mở ống mật chủ lấy sỏi. Tỷ lệ phẫu thuật thành công 100%. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 54,8%. Tai biến 2,4%. Thời gian mổ trung bình là $121,85 \pm 30,47$ phút, thời gian lấy sỏi trung bình là $52,5 \pm 22,84$ phút. Biến chứng sớm sau mổ 9,6%. Thời gian nằm viện sau mổ là $9,48 \pm 3,6$ (ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi đường mật trong gan, sỏi ống mật chủ, phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ.

Summary

Objective: To assess the results of laparoscopic surgery in the treatment of main bile duct stones using cholangioscopy and percutaneous-choledocho channel. **Subject and method:** A prospective, non-controlled study on 84 patients with main bile duct stones treated with laparoscopic common bile duct exploration using intraoperative cholangioscopy and percutaneous-choledocho channel. **Result:** There were 41.8% patients with previous abdominal operations, in which 33.4% having common bile duct explorations. All patients (100%) underwent successful operation. Complete stone clearance was achieved 54.8% patients. The Intraoperative complication rate was 2.4%. The mean operating time was 121.85 ± 30.47 minutes. The mean stone extraction time was 52.5 ± 22.84 minutes. The mean postoperative hospital stay was 9.48 ± 3.6 days. The early postoperative complication rate was 9.6%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery in the treatment of main bile duct stones using cholangioscopy and percutaneous - choledocho channel was safe and effective.

Keywords: Intrahepatic bile duct stones, common bile duct stones, laparoscopic common bile duct exploration.

Ngày nhận bài: 22/7/2020, ngày chấp nhận đăng: 14/8/2020

Người phản hồi: Lê Văn Lợi, Email: bsloib3b108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Sỏi mật khá phổ biến ở Việt Nam cũng như một số nước trên thế giới, điều trị còn gặp nhiều khó khăn phức tạp, đặc biệt là sỏi trong gan [1]. Hiện nay, tuy có nhiều biện pháp can thiệp không mổ nhưng các phương pháp phẫu thuật xử lý sỏi vẫn giữ vai trò quan trọng và có thể tạo một đường vào cho việc lấy sỏi sau mổ. Hiệu quả lấy sỏi trong gan với nội soi đường mật trong mổ mở đã được đề cập nhưng với phẫu thuật nội soi vẫn gặp nhiều khó khăn và hạn chế liên quan đến kỹ thuật và phương tiện như: Khả năng điều khiển ống soi, tình trạng rơi sỏi và thoát dịch vào ổ bụng [2]. Để khắc phục tình trạng này chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 84 bệnh nhân chẩn đoán có sỏi đường mật chính, được điều trị phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, không đối chứng.

2.3. Kỹ thuật

Đặt 04 trocar: Trocar thứ nhất 10mm tại rốn, trocar thứ hai 5mm mạn sườn phải, trocar thứ ba 5mm mạn sườn trái, đưa camera vào quan sát vị trí ống mật chủ. Xác định vị trí đặt trocar thứ tư 10mm: vị trí thường được chọn là dưới bờ sườn phải 2 – 3cm trên đường giữa đòn. Vị trí này dùng đưa ống nối từ da vào ống mật chủ và để đặt dẫn lưu Kehr sau khi lấy sỏi.

Mở ống mật chủ có chiều dài bằng đường kính ống nối da - mật, đặt ống nối mật da qua lỗ trocar 10mm dưới hạ sườn phải từ thành bụng vào ống mật chủ. Tiến hành nội soi đường mật lấy sỏi qua

ống nối mật - da. Đối với sỏi ống mật chủ có thể đưa mirizzi qua lỗ trocar 10mm hạ sườn phải để lấy sỏi.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, phân bố địa dư, tiền sử phẫu thuật, bệnh lý kết hợp, triệu chứng lâm sàng.

Đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và khi mổ: Vị trí sỏi, số lượng sỏi, kích thước sỏi.

Kết quả trong mổ: Tỷ lệ phẫu thuật thành công, thời gian đặt ống nối mật da, thời gian lấy sỏi, thời gian phẫu thuật, tai biến.

Kết quả sớm sau mổ: Tỷ lệ sạch sỏi, thời gian nằm viện, biến chứng sớm.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

84 bệnh nhân có tuổi từ 22 đến 91, trung bình $55,56 \pm 14,66$ năm, độ tuổi 41 - 60 gặp nhiều nhất (46,4%).

Tỷ lệ nam/nữ = 0,79, bệnh nhân sống chủ yếu ở vùng nông thôn (85,7%).

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng 41,8%, trong đó phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi là 33,4%.

13,1% bệnh nhân có bệnh lý kết hợp như: Tiểu đường, bệnh lý tim mạch...

100% bệnh nhân vào viện vì lý do đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt 44%, vàng da 14,3%, 14,3% có tam chứng charcot.

3.2. Sỏi đường mật chính đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và khi mổ

Vị trí sỏi

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng 41,8%, trong đó phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi là 33,4%.

13,1% bệnh nhân có bệnh lý kết hợp như: Tiểu đường, bệnh lý tim mạch...

100% bệnh nhân vào viện vì lý do đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt 44%, vàng da 14,3%, 14,3% có tam chứng charcot.

3.2. Sỏi đường mật chính đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và khi mổ

Vị trí sỏi

Bảng 1. Vị trí sỏi

Vị trí	Cộng hưởng từ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n = 84)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 84)	Tỷ lệ %
Có sỏi ống mật chủ	67	79,8	68	81
Có sỏi gan phải	46	54,8	46	54,6
Có sỏi gan trái	58	69	57	69,7

Cộng hưởng từ xác định được 79,8% bệnh nhân có sỏi ống mật chủ. Kết quả phẫu thuật xác định 81% bệnh nhân có sỏi ống mật chủ.

Số lượng sỏi

Bảng 2. Số lượng sỏi

Số lượng sỏi	Cộng hưởng từ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n = 84)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 84)	Tỷ lệ %
Ít sỏi	8	9,5	9	10,7
Nhiều sỏi	76	90,5	75	89,3
Tổng	84	100	84	100

Số bệnh nhân nhiều sỏi (≥ 3 viên) chiếm đa số: Cộng hưởng từ xác định 90,5%, phẫu thuật xác định 89,3%.

Kích thước sỏi

Bảng 3. Kích thước sỏi

Vị trí	Kích thước (mm)	Siêu âm		Cộng hưởng từ	
		Số bệnh nhân (n = 84)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 84)	Tỷ lệ %
Ống mật chủ	Không có sỏi	34	40,5	17	20,2
	< 10	3	3,6	8	12,5
	≥ 10	41	48,8	54	64,3
	Không xác định	6	7,1	5	6,0
Gan phải	Không có sỏi	38	45,2	39	46,4
	< 10	1	1,2	6	7,2
	≥ 10	35	41,7	23	27,4
	Không xác định	10	11,9	16	19
Gan trái	Không có sỏi	41	48,8	28	33,4
	< 10	4	4,8	8	9,5
	≥ 10	30	35,7	32	38,1
	Không xác định	9	10,7	16	19

Kích thước sỏi được xác định trên cộng hưởng từ có đường kính > 10 mm đa số ở ống mật chủ 64,3%.

3.3. Kết quả trong mổ

Tỷ lệ phẫu thuật thành công 100% bệnh nhân.

Thời gian đặt ống nối mật da trung bình là: $5,05 \pm 2,47$ phút (2 - 15 phút).

Thời gian phẫu thuật trung bình là: $121,85 \pm 30,47$ phút (70 - 200 phút), (nhóm có tiền sử mổ bụng là: $137,71 \pm 30,23$ phút, nhóm không có tiền sử mổ bụng: $110,51 \pm 25,38$ phút). Nhóm có tiền sử mổ bụng thời gian mổ dài hơn nhóm không có tiền sử mổ bụng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,114$).

Thời gian lấy sỏi trung bình là: $52,50 \pm 22,84$ phút, (nhóm ít sỏi: $20,56 \pm 8,45$ phút, nhóm nhiều sỏi: $56,87 \pm 20,84$ phút). Thời gian lấy sỏi của nhóm nhiều sỏi dài hơn nhóm ít sỏi có ý nghĩa thống kê ($p=0,032$).

Tai biến 2,4%: 01 bệnh nhân chảy máu do bong đường mật được xử lý bằng bơm rửa để cầm máu. 01 bệnh nhân tổn thương lớp thanh mạc cơ đại tràng, được xử lý khâu nội soi.

3.4. Kết quả sớm sau mổ

Có 54,8% bệnh nhân sạch sỏi sau phẫu thuật được xác định bằng: Nội soi đường mật trong mổ, siêu âm đánh giá sau mổ, X-quang đường mật sau mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là: $9,48 \pm 3,6$ ngày (4 - 24 ngày).

Có 9,6% bệnh nhân biến chứng sớm: 03 bệnh nhân động dịch sau mổ ở vùng giường túi mật không có biểu hiện lâm sàng không cần điều trị gì, 01 bệnh nhân rò tiêu hoá ngày thứ 4 điều trị bảo tồn ngày thứ 18 hết rò. 01 bệnh nhân rò mật gây thấm băng qua chân dẫn lưukehr ngày thứ 5 điều trị bảo tồn ổn định ngày thứ 12, 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn chân trocar, 01 bệnh nhân viêm phổi, 01 bệnh nhân suy tim diễn biến nặng lên.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi và giới: Bệnh sỏi mật có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau. Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $55,56 \pm 14,66$ (22 - 91 tuổi). Nhóm người trong độ

tuổi lao động hay gặp nhất là 40 - 60 tuổi (46,4%). Tại Việt Nam, tuổi trung bình của bệnh nhân sỏi mật qua các nghiên cứu trước đây từ 41,8 - 46,9 tuổi, nhóm trẻ tuổi nhiều hơn, nhóm trên 70 tuổi gặp ít (2,56 - 8,75%). Tuổi của người bệnh sỏi mật đang có xu hướng ngày càng tăng lên [1], [2].

Bệnh sỏi mật xuất hiện ở cả nam và nữ. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới. Nghiên cứu cho thấy có tỷ lệ nam/nữ = $37/47 = 0,79$. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cho đến nay chưa có một giả thuyết nào lý giải về lý do nữ mắc bệnh sỏi mật nhiều hơn nam. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy phụ nữ thừa cân, hay dùng thuốc tránh thai cho thấy có tỷ lệ sỏi mật cao hơn.

Tiền sử phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận 41,8% bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật bụng, trong đó có 33,4% mở ống mật chủ lấy sỏi. Trước đây phẫu thuật nội soi có thể là chống chỉ định tương đối trên bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật, theo thời gian đã có nhiều báo cáo về khả năng thành công của phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật tái phát [2], [3], [4]. Hiện nay, hầu hết bệnh nhân sỏi mật được thực hiện phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, tiền sử phẫu thuật vẫn là một yếu tố mà phẫu thuật viên cần lưu ý do thời gian mổ kéo dài, vì vậy cần đánh giá kỹ qua chẩn đoán hình ảnh trước mổ để tiên lượng cuộc mổ. Thực tế phẫu thuật cho thấy tiền sử phẫu thuật làm mất khá nhiều thời gian để gỡ dính.

Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng của sỏi đường mật rất đa dạng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng. Vị trí đau thường ở hạ sườn phải hoặc thượng vị. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải khi vào viện. Mức độ đau khác nhau từ âm ỉ đến dữ dội. Các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy triệu chứng đau bụng thường gặp nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc thấy bệnh nhân có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị chiếm 97,1% [2]. Thống kê của Trần Mạnh Hùng thấy bệnh nhân có triệu chứng đau bụng chiếm 99,5% [5]. Triệu chứng tiếp theo là sốt: 44% và vàng da: 14,3%. Nghiên cứu cho thấy người

bệnh có đủ tam chứng Charcot chỉ gặp 14,3%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với kết quả của các tác giả như: Đỗ Kim Sơn gặp tam chứng Charcot 57%, Trần Mạnh Hùng gặp 32,5% [5]. Có thể do xã hội càng phát triển thì việc tầm soát bệnh sỏi mật của người dân tốt hơn nên việc phát hiện và điều trị bệnh được sớm hơn.

4.2. Đặc điểm bệnh lý sỏi đường mật

Vị trí sỏi: Bảng 1 cho thấy kết quả phẫu thuật 54,6% có sỏi trong gan phải, 67,9% có sỏi trong gan trái. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sỏi trong gan nhiều hơn thống kê của Sử Quốc Khởi [6], tỷ lệ sỏi trong gan gặp 53,4%, Nguyễn Hoàng Bắc [2] tỷ lệ sỏi trong gan: 33,1%. Sỏi trong gan 2 bên có tỷ lệ cao cho thấy sự phức tạp và khó khăn trong điều trị. Vì sỏi trong gan kéo dài thời gian phẫu thuật và tỷ lệ sót sỏi cao.

Số lượng và kích thước sỏi: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiều sỏi chiếm tỷ lệ cao 90,5% thấy qua cộng hưởng từ và 89,3% xác định qua phẫu thuật.

Bảng 3 cho thấy kích thước sỏi $\geq 10\text{mm}$ gặp tỷ lệ cao, ở ống mật chủ: 64,3%, ở gan phải: 27,4%, ở gan trái: 38,1%. Nghiên cứu chia ra làm 2 nhóm có kích thước sỏi $< 10\text{mm}$ và $\geq 10\text{mm}$ vì liên quan đến quá trình lấy sỏi. Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng ống nối mật - da có đường kính là 10mm, vì thế những viên sỏi có đường kính $< 10\text{mm}$ được lấy bằng rọ, còn những viên sỏi kích thước $\geq 10\text{mm}$ phải được tán nhỏ sau đó mới dùng rọ lấy ra.

Đặc điểm sỏi đường mật chính là nhiều viên, kích thước lớn xếp liên tiếp nhau hay nhiều viên xếp thành khối hoặc sỏi đúc khuôn. Trong luận án của mình, Đặng Tâm nhận xét "Sỏi đường mật ở Việt Nam phức tạp không những tỷ lệ sỏi trong gan cao mà còn ở đặc điểm số lượng sỏi rất nhiều và đường kính sỏi to [1].

4.3. Kết quả trong mổ

Tỷ lệ thành công: Chúng tôi tập trung vào đánh giá kết quả của sử dụng nội soi ống mềm đường mật lấy sỏi qua ống nối mật - da. Vì vậy, bệnh nhân được xác định phẫu thuật thành công khi đặt được ống nối mật - da và thực hiện lấy sỏi được qua ống

nối mật - da. Bệnh nhân được xác định thất bại là khi không đặt được ống nối mật - da hoặc đặt ống nối mật - da mà không lấy được sỏi phải chuyển phương pháp khác. Nghiên cứu cho thấy kết quả phẫu thuật thành công 100%. Các nghiên cứu khác thường tập trung nghiên cứu khả năng thực hiện phẫu thuật nội soi cho nên những bệnh nhân phải chuyển mổ mở được coi là thất bại của phương pháp.

Thời gian lấy sỏi: Nghiên cứu cho thấy thời gian lấy sỏi trung bình là $52,50 \pm 22,84$ phút (10-125 phút). Chúng tôi chia thành 2 nhóm ít sỏi và nhiều sỏi. Kết quả thống kê cho thấy thời gian lấy sỏi trung bình của nhóm ít sỏi là $20,56 \pm 8,45$ (phút) và nhóm nhiều sỏi trung bình là $56,87 \pm 20,84$ (phút). Thời gian lấy sỏi ở nhóm nhiều sỏi dài hơn nhóm ít sỏi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,0032$). Thời gian lấy sỏi ảnh hưởng nhiều đến thời gian phẫu thuật. Cho đến nay chưa, thấy có nghiên cứu nào đề cập đến thời gian lấy sỏi qua nội soi đường mật mà các tác giả thường đề cập đến thời gian phẫu thuật. Vì vậy không thể so sánh thời gian lấy sỏi của nghiên cứu với các thống kê khác.

Thời gian phẫu thuật: Nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là: $121,85 \pm 30,47$ (phút) (70 - 200 phút). Chúng tôi chia ra làm 2 nhóm: Nhóm có tiền sử mổ vùng bụng và nhóm không có tiền sử mổ vùng bụng. Nhóm có tiền sử mổ vùng bụng thời gian phẫu thuật trung bình là: $137,71 \pm 30,2$ (phút), nhóm không có tiền sử mổ vùng bụng là: $110,51 \pm 25,38$ (phút). Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm có tiền sử mổ vùng bụng dài hơn nhóm không có tiền sử mổ vùng bụng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,114$). Kết quả của nghiên cứu giống như thống kê của Nguyễn Hoàng Bắc thấy thời gian mổ trung bình nhóm sỏi mật mổ lại là 167,4 phút kéo dài hơn nhóm mổ lần đầu 115,2 phút, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [2].

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn thời gian phẫu thuật của Trần Mạnh Hùng (68 phút) [5], tương đương Nguyễn Hoàng Bắc (117 phút) [2]. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn tác giả Lee HM (187 phút), Zhu J (179,7 phút) [7], Nguyễn Khắc Đức (150 phút) [3], Sử Quốc Khởi (139 phút) [6].

Tai biến: Nghiên cứu gặp 2,4% bệnh nhân tai biến gồm: 01 bệnh nhân tổn thương lớp thanh mạc cơ của đại tràng khi gỡ dính đại tràng khỏi mặt dưới gan được xử lý bằng khâu thanh mạc cơ qua nội soi. Đây là bệnh nhân có tiền sử mổ ống mật chủ lấy sỏi 01 lần, sau mổ ổ dính ra viện ở ngày thứ 8. 01 bệnh nhân chảy máu đường mật do quá trình nong đường mật bằng sỏi xử lý bơm rửa bằng nước muối ấm thấy cầm máu. Nghiên cứu này phù hợp với các thống kê khác như: Sử Quốc Khởi gặp tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,9% [6]. Trần Mạnh Hùng gặp tỷ lệ tai biến chảy máu là 0,95% [5]. Thống kê của Nguyễn Khắc Đức cho thấy chảy máu 2,4% phải chuyển mổ mở để xử lý, thủng ống tiêu hoá 0,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc gặp chảy máu 1,2% [2].

4.3. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian hậu phẫu: Nghiên cứu cho thấy thời gian hậu phẫu trung bình là 9,48 ngày. Kết quả tương đương thống kê của Võ Đại Dũng là 9,65 ngày [4]. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính là phương pháp xâm lấn tối thiểu giúp giảm thời gian nằm viện, bệnh nhân hồi phục nhanh sau phẫu thuật.

Tỷ lệ sạch sỏi: Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ của nghiên cứu là 54,8% tương đương với các tác giả khác. Tuy có gặp những hạn chế trong phẫu thuật nội soi nhưng với ứng dụng ống nối mật - da đã khắc phục được phần lớn những hạn chế của phẫu thuật nội soi lấy sỏi. Vì vậy chỉ định phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật cũng rộng rãi hơn, không hạn chế về số lượng sỏi hay tiền sử phẫu thuật. Kết quả sạch sỏi của nghiên cứu thấy cao hơn thống kê của Võ Đại Dũng: Tỷ lệ sạch sỏi trong mổ là 39,5%, sạch sỏi sau mổ là 30,23% [4].

Biến chứng sớm: Nghiên cứu gặp biến chứng sớm ở 9,6% bệnh nhân gồm: 03 bệnh nhân đọng dịch vùng dưới gan sau mổ, các trường hợp này đều không có triệu chứng mà chỉ được phát hiện khi kiểm tra siêu âm sau mổ, bệnh nhân không cần can thiệp gì. Áp xe dư gặp trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi thường do sỏi rơi ra ổ bụng hoặc bơm rửa đường mật, dịch mật và nước vào ổ bụng cũng là một vấn

đề được các tác giả quan tâm. Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Đức gặp 02 bệnh nhân áp xe dư ở hố chậu phải điều trị bằng mổ bụng kiểm tra làm sạch ổ bụng. Chúng tôi sử dụng ống nối mật - da nên khắc phục được tình trạng sỏi và dịch ra ổ bụng vì vậy không có bệnh nhân nào áp xe dư sau mổ.

01 bệnh nhân rò tiêu hoá được phát hiện ở ngày thứ 4 sau mổ, dịch tiêu hoá chảy qua dẫn lưu khoảng 100ml/ngày, bệnh nhân được điều trị bằng nhịn ăn nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, lượng dịch giảm dần và hết ở ngày thứ 18. Bệnh nhân này có tiền sử mổ sỏi đường mật 01 lần, trong mổ thấy dính nhiều, quá trình bóc tách làm tổn thương hoặc bong đường tiêu hoá mà phẫu thuật viên không biết, đến ngày thứ 4 bị tổn thương thứ phát.

01 bệnh nhân rò mật gây thấm ướt băng chân dẫn lưukehr ngày thứ 5 sau mổ, điều trị bảo tồn và ổn định ở ngày thứ 12 sau mổ. Liu D định nghĩa rò mật được phát hiện qua dẫn lưu kéo dài hơn 3 ngày, lượng nhiều hơn 100ml/ngày [8]. Theo Zhang yêu cầu mức bilirubin dịch qua ống dẫn lưu hoặc chọc dò phải cao hơn trong máu ít nhất 3 lần [9]. Nghiên cứu của Liu D có 01 bệnh nhân rò mật số lượng lớn gây viêm phúc mạc toàn thể do phẫu thuật viên đặt mối khâu đầu tiên xa mép của đường mổ ống mật chủ [8].

Nghiên cứu cho thấy có 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn trocar rốn, điều trị kháng sinh và thay băng tại chỗ bệnh nhân khỏi ở ngày thứ 20 sau mổ. Nhiễm khuẩn vết mổ rất ít gặp trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật, tỷ lệ chung qua các thống kê gặp khoảng 0 - 1,97% đây là một ưu điểm nổi bật của phương pháp.

Viêm phổi sau phẫu thuật là một biến chứng hay gặp, nghiên cứu thấy 01 bệnh nhân 72 tuổi bị viêm phổi ngày thứ 2 sau mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa và khỏi ở ngày thứ 18 sau mổ. Một số thống kê cho thấy tỷ lệ viêm phổi người trên 70 tuổi từ 2,4 - 4,7% [10].

01 bệnh nhân 76 tuổi, tiền sử bệnh lý tim mạch, đã được dùng thuốc điều trị tim mạch trước mổ nhưng tình trạng suy tim nặng lên sau mổ ở ngày thứ 4, được điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định và ra viện ở ngày thứ 17 sau mổ.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 84 bệnh nhân có sỏi đường mật chính, được phẫu thuật nội soi lấy sỏi có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da nhận thấy:

Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 100%, tỷ lệ sạch sỏi là 54,8%. Thời gian mổ trung bình là: $121,85 \pm 30,47$ phút, thời gian lấy sỏi trung bình là $52,50 \pm 22,84$ phút. Tai biến 2,4%. Thời gian nằm viện sau mổ là: $9,48 \pm 3,609$ ngày. Biến chứng 9,6%

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

- Đặng Tâm (2004) *Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực*. Luận án Tiến sĩ y học, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Hoàng Bắc (2007) *Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính*. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Khắc Đức (2010) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan*. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
- Võ Đại Dũng (2015) *Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ*. Luận án Thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- Trần Mạnh Hùng (2012) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi không dẫn lưu đường mật*. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
- Sử Quốc Khởi (2020) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang*. Luận án Tiến sĩ y học - Học viện Quân y.
- Zhu J, Sun G, Hong L et al (2018) *Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous upper abdominal surgery*. Surgical endoscopy: 1-7.
- Liu D, Cao F, Liu J et al (2017) *Risk factors for bile leakage after primary close following laparoscopic common bile duct exploration: A retrospective cohort study*. BMC surgery 17(1): 1-8.
- Zhang GW, Lin JH, Qian JP et al (2014) *Analyzing risk factors for early postoperative bile leakage base on clavien classification in bile duck stones*. International Journal of Surgery 12(8): 757-761.
- Zheng C et al (2010) *Laparoscopic common bile duct exploration: A safe and definitive treatment for elderly patient*. Surg Endosc. 31(6): 2541-2547.